

LE CLOISONNEMENT ÉLARGI DU VAGIN

opération dite de "LE FORT"

dans le prolapsus complet des femmes âgées

Travail de la Clinique Obstétricale
de la Faculté de Médecine de Marseille, Prof. E. VAYSSIÈRE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 31 Janvier 1940

PAR

AUGUSTE BACHELLERIE

Né le 21 Novembre 1912, à MARSEILLE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs de la Thèse	{	M. le Professeur E. VAYSSIÈRE, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		MM. Y. BOURDE,		
		R. POINSO,		
		J. CHOSSON,		

MARSEILLE
Imprimerie Ant. GED
48, rue Paradis

1940



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE CLOISONNEMENT ÉLARGI DU VAGIN
opération dite de "LE FORT"
dans le prolapsus complet des femmes âgées

Travail de la Clinique Obstétricale
de la Faculté de Médecine de Marseille (Prof. E. VAYSSIÈRE)

LE CLOISONNEMENT ÉLARGI DU VAGIN

opération dite de "LE FORT"

dans le prolapsus complet des femmes âgées

Travail de la Clinique Obstétricale
de la Faculté de Médecine de Marseille, Prof. E. VAYSSIÈRE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 31 Janvier 1940

PAR

AUGUSTE BACHELLERIE

Né le 21 Novembre 1912, a MARSEILLE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs de la Thèse	{	M. le Professeur E. VAYSSIÈRE, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		MM. Y. BOURDE,		
		R. POINSO,		
		J. CHOSSON,		

MARSEILLE
Imprimerie Ant. GED
48, rue Paradis

1940

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : A. CHEVALLIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MOITESSIER, CASSOUTE

Chargés de Cours honoraires : TIAN, BRUN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{lle} GEORGE

Professeurs :

Anatomie	CORSY
Anatomie pathol. et Pathol. expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLAGROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	OLMER
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique ophtalmologique	AUBARET
Clinique oto-rhino-laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie interne	MONGES
Pharmacodynamie et matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	COTTE
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	GAUJOUX
Stomatologie (Professeur sans chaire)	BELTRAMI
Physiologie (Professeur sans chaire)	MALMEJAC

Chargé de Cours

Clinique dermatologique	VIGNE
-------------------------------	-------

Agrégés en exercice

MM. PIERI	MM. POINSO	MM. FIGARELLA	MM. CHOSSON
JAYLE	DUBOULOZ	SALMON	IMBERT
MOIROUD	SAUTET	PAILLAS	AUDIER
CARCASSONNE	BALANSARD	ARNOUX	DOR
BERTHIER	BRAHIC	DELPHAUT	RECORDIER

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale	DERRIEN
-----------------------	---------

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique	SALMON
Chimie minérale	ARNOUX
Médecine du travail	PERIOT
Médecine opératoire	DOR
Microbiologie	QUINTARET
Obstétrique	CHOSSON
Pharmacie chimique	DELPHAUT
Psychiatrie	ALLIEZ
Toxicologie	GUILLLOT



A MON PERE - A MA MERE

Ils m'ont donné plus qu'ils n'ont
reçu. Qu'ils trouvent ici un témoi-
gnage de mon affection filiale et de
ma reconnaissance.

A MES GRAND'MERES

A MA FEMME

En la remerciant pour l'aide précieuse qu'elle a toujours su nous apporter. En témoignage de notre amour.

A MON FILS

A MES FRERES

A MA SŒUR

A MA BELLE-MERE

L'adversité qui s'est acharnée contre elle n'a réussi qu'à exalter son courage. Qu'elle trouve ici un témoignage de mon admiration et de ma sincère affection.

A MES BEAUX-FRERES

A MES BELLES-SŒURS

A TOUS LES MIENS

A LA MEMOIRE DU DOCTEUR Georges HANIN

Médecin-Capitaine

Officier de la Légion d'Honneur

Mort au Champ d'Honneur à Aïn-Chaïr (Maroc)
le 21 Avril 1919

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur Maurice ACHARD

Stomatologiste des Hôpitaux de Marseille

Qui a bien voulu nous accepter
comme élève dans son Service. Sa
bienveillante sollicitude nous a suivi
pendant de longues années. Qu'il
trouve ici un modeste témoignage de
notre affectueuse reconnaissance.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur VAYSSIERE

Professeur de Clinique Obstétricale

Nous lui sommes reconnaissant de nous avoir accueilli dans son Service. Nous l'assurons de notre respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé Jean CHOSSON

Il a inspiré ce travail. Nous le remercions de son charmant accueil et de ses judicieux conseils.

A MON JURY DE THESE

Respectueusement.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE MARSEILLE

A MES CAMARADES
DU SERVICE DE STOMATOLOGIE

A MES AMIS

I

HISTORIQUE

Parmi les nombreux traitements opératoires qui ont été proposés pour débarrasser les malades du prolapsus génital complet, il semble que le cloisonnement du vagin, par l'opération dite de LE FORT, doive remporter tous les suffrages.

Comme il arrive bien souvent, dans la nomenclature médicale, l'opération décrite aujourd'hui sous le nom de « LE FORT » ne correspond plus, ni par sa technique, ni par ses indications, ni même par son principe à l'intervention que LE FORT proposait en 1877.

C'est Romain GÉRARDIN (de Metz) qui, semble-t-il en 1823, eut le premier l'idée de traiter le prolapsus par une suture médiane des parois du vagin après les avoir avivées. NEUGEBAUER (de Varsovie), en 1867, reprend cette idée : il réduit l'utérus, avive les parois antérieure et postérieure du vagin, soit à droite, soit à gauche, et les réunit au moyen de fils de cuivre ou d'argent par des sutures à nœuds. Sur onze opérations, il eut dix succès.

Sans connaître, semble-t-il, les travaux de NEUGEBAUER, Léon LE FORT, frappé du rôle que joue le déroulement des parois vaginales dans la production des prolapsus, eut l'idée d'accoler l'une à l'autre les deux parois vaginales antérieure et postérieure, créant ainsi le « cloisonnement du vagin ». Il expose le résultat de ses premiers travaux à la Société de Chirurgie de Paris (1877).

L'intervention, qu'il propose, aboutit à la création, dans le vagin d'une mince languette destinée à soutenir l'utérus. C'était, dit BÉGOVIN, « presque une bride sur laquelle l'utérus devait rester en équilibre, comme le fléau d'une balance, sur son couteau ». Pour son auteur, les indications de cette intervention restent très étendues. Elle doit permettre une vie génitale normale : coït, fécondation, et même accouchement. Dans ce dernier cas, il suffit de sectionner la bride, pour permettre l'évacuation du fœtus.

L'intervention de LE FORT, dont nous verrons plus loin la description, avait réservé de nombreux déboires, parmi lesquels de fréquentes récides. Faute d'en avoir saisi, à temps, l'indication véritable, il fallut bien se résigner à voir le cloisonnement du vagin, abandonner, chaque jour, un peu de terrain, jusqu'à être presque définitivement condamné au Congrès de Chirurgie de 1896. RICHELOT, exprimant l'avis général, reprochait au cloisonnement du vagin, de n'être efficace « qu'à condition d'aviver de larges surfaces et d'oblitérer le vagin ».

Sous l'impulsion de quelques auteurs français et étrangers, cette intervention fut reprise quelques années plus tard sur des bases nouvelles : la technique en fut sensiblement modifiée, les indications précisées et à juste titre limitées ; et, peu à peu, se dissipa l'indifférence injustifiée qui avait accueilli cette intervention.

C'est à l'Ecole bordelaise que semble revenir le mérite des premières modifications à la conception primitive de LE FORT. Après que LANELONGUE eut proposé d'étendre la surface d'avivement, DUBOURG y ajouta la périnéorrhaphie, et avec CHAVANAZ, le cloisonnement vaginal tendait peu à peu à devenir « l'intervention de choix, dans le prolapsus des femmes âgées ».

L'élargissement de la surface cruentée constitue, sans aucun doute, la modification la plus heureuse à la technique primitive. Que ce soit FAURE (1911), LEJARS (1913),

DOUAY (1920), HARTMAN (1921), COTTE (1922), en France, ou JUVARA (1919), BERKELEY et DOLLEY (1920), KRULL (1922), à l'étranger, tous les chirurgiens ont abandonné le cloisonnement limité du début, pour se rallier au cloisonnement, élargi, du vagin. Et, si chacun a pu introduire dans la technique de légères variantes personnelles, tous demeurent fidèles au principe fondamental de l'avivement large.

Depuis, le Congrès de Chirurgie de 1923, la thèse de NORA G., en 1924, les statistiques de BROCC et NORA, en 1925, celles de CROUSSE, en 1929, celles de VERGEZ et CHOSSAT en 1936, réhabilitent définitivement l'opération de LE FORT et consacrent aussi le principe de l'avivement *large*. La conséquence en est aussitôt la limitation des indications, l'intervention ne se trouvant plus justifiée que dans les cas de prolapsus total, chez les femmes ménopausées et ayant renoncé à toute activité génitale.

Ainsi, depuis lors, le procédé de LE FORT a été employé et modifié progressivement. LE FORT, en effet, voulait laisser après son intervention la possibilité, et de coït, et de procréation, d'où l'étroitesse du cloisonnement. Actuellement, le but est tout différent : on veut obtenir une cloison large, résistante, bloquant le vagin et l'utérus, d'où un avivement large, étendu, obturant une grande partie du vagin, et pour ce, il faut interrompre la vie génitale de la femme. C'est ainsi que, par suite de modifications successives ce procédé inventé, pour les *femmes jeunes* devint l'*intervention de choix dans le prolapsus des femmes âgées*.

II

LE CLOISONNEMENT ELARGI DU VAGIN

A. - PRÉPARATION A L'INTERVENTION.

On ne saurait trop insister sur la nécessité de préparer cet utérus que l'on va enfouir dans les profondeurs du pelvis. Il est en effet fréquent de rencontrer au niveau de ces prolapsus anciens des ulcérations plus ou moins importantes. Il en est de deux ordres les unes dûes au frottement des vêtements sur la muqueuse, sont purement traumatiques, les autres sont de véritables ulcérations métritiques qu'il est indispensable de soigner comme telles. Quant aux ulcérations trophiques, il suffit de les replacer dans le pelvis pour les voir rétrocéder immédiatement.

A la préparation générale, qui n'offre ici rien de particulier, il est indispensable d'adjoindre une rigoureuse préparation locale. La région à opérer doit être de toute nécessité entretenue dans un état de propreté méticuleuse durant les jours qui précèdent l'intervention. A cet effet, il est bon de pratiquer chaque jour, deux ou trois lavages soigneux à l'eau savonneuse et d'abriter le prolapsus sous un pansement stérile.

Ce traitement amènera rapidement la sédation des ulcérations purement traumatiques. Les ulcérations métritiques d'un utérus prolabé sont justiciables du traitement habituel : fillos, diathermocoagulation ou autre.

On a conseillé, à ce sujet, de faire comme premier temps de l'intervention une cautérisation du col et des ulcérations au thermocautère. Il ne semble pas très rationnel d'enfouir une escharre fraîchement produite. Il est plus logique de pratiquer ce traitement le plus longtemps possible avant l'intervention ; on est ainsi assuré de ne point passer à côté d'une ulcération néoplasique.

B. - L'ANESTHÉSIE.

Nous avons à notre disposition quatre anesthésies possibles. Qu'elle soit générale, locale, rachidienne ou épidurale, nous ne devons pas perdre de vue que notre anesthésie doit faire courir à la malade le moins de danger possible. En effet, la plupart des malades sont des femmes âgées, et il semble peu opportun de recourir à *l'anesthésie générale* dont les accidents pulmonaires possibles sont ici particulièrement à redouter. La presque totalité des auteurs semble y avoir renoncé.

Les trois autres modes d'anesthésie ont chacun des inconvénients et des avantages. Toutes trois ont été utilisées par le Professeur VAYSSIÈRE et ses assistants.

L'anesthésie rachidienne a longtemps rallié la majorité des opérateurs. Elle semble, en effet, particulièrement indiquée : femmes âgées, souvent hypertendues à susceptibilité cardiaque et respiratoire, gravité des complications pulmonaires. Des quantités relativement faibles de syncaïne peuvent suffire (5 à 6 centigrammes) et la rachicentèse est basse. Mais la rachi-anesthésie présente des inconvénients bien connus, et tout le monde est d'accord aujourd'hui pour reconnaître qu'elle est loin d'être sans danger. Et s'il est vrai que l'on peut inscrire à son actif la remarquable tolérance des sujets âgés, et une grande commodité opératoire, il ne faut pas

perdre de vue les accidents immédiats et tardifs auxquels elle expose. Ils paraissent dépasser les bénéfices que l'on peut en retirer, d'autant plus que nous avons la possibilité d'obtenir une anesthésie suffisante par des procédés plus inoffensifs.

Dans cet ordre d'idées, l'anesthésie locale par infiltration semble, à première vue, très séduisante ; et elle a effectivement retenu l'attention de nombreux opérateurs (CROUSSE). Mais elle nous paraît sujette à deux critiques : elle allonge un peu l'acte opératoire et surtout, elle entraîne des modifications locales assez importantes pour gêner le clivage et la dissection des lambeaux muqueux.

La critique de ces diverses méthodes anesthésiques a conduit le professeur VAYSSIÈRE et ses assistants, les docteurs J. CHOSSON et DONNET, à utiliser *l'anesthésie épidurale* (voir J. CHOSSON et DONNET : « L'anesthésie épidurale en gynécologie » - *Soc. Chir. de Marseille*, 4 juillet 1938).

La technique en est simple ; le pouvoir anesthésiant est parfaitement comparable à celui que donne la rachianesthésie ; sa bénignité est depuis longtemps établie. Aussi peut-on la considérer actuellement comme l'anesthésie de choix dans le cloisonnement élargi du vagin.

C. - L'INTERVENTION.

Les soins préopératoires sont ici ce qu'ils sont pour toute intervention sur le périnée ; la malade est rasée, sondée et désinfectée.

BROCQ et NORA ont coutume de faire systématiquement un curettage soigneux de la cavité utérine avec résection du col en cas de métrite hypertrophique ou d'ulcérations persistantes.

Aucune des dix malades dont nous rapportons l'observation n'a subi de curettage. S'il existe, en effet, des lésions de la cavité utérine assez importantes pour justifier un curettage, on comprend mal que cette intervention soit immédiatement suivie d'une intervention à laquelle on a préalablement reproché d'abandonner sans surveillance l'utérus dans la profondeur du vagin. Si un curettage de la cavité utérine paraissait particulièrement indiqué, nous préférierions le pratiquer plusieurs jours avant le cloisonnement, en profitant de cette intervalle de temps, pour nous assurer par l'évolution clinique et par l'examen histologique des débris, qu'il n'y a aucun inconvénient à inclure l'utérus.

L'exécution de l'intervention comprend deux temps :

- 1° L'avivement ;
- 2° Les sutures.

1° *L'avivement.*

Au début, LE FORT se limitait à un avivement de 4 à 6 cm. de haut, sur 2 cm. de large.

Voici comment il réalisait son intervention :

« L'utérus étant tout à fait hors de la vulve, je fis à ciel ouvert d'abord sur la paroi antérieure, puis sur la paroi postérieure du vagin, recouvrant l'utérus prolabé, deux avivements linéaires longitudinaux dans l'étendue de 5 cm. Cela fait, je réduisis l'utérus assez pour mettre en rapport les extrémités de ces deux surfaces d'avivement dans leur partie la plus rapprochée de l'utérus et j'appliquais sur ce bord transversal trois points de suture ; puis, de proche en proche, je suturais les bords latéraux, passant sur chacun d'eux le fil de la paroi antérieure à la paroi vaginale postérieure.

Au fur et à mesure de l'application des points de suture, la réduction de l'utérus devenait de plus en plus

complète, et quand les deux surfaces avivées furent suturées, la réduction était complète » (Léon LE FORT).

Actuellement, on taille deux lambeaux rectangulaires de muqueuse vaginale, l'un antérieur, l'autre postérieur. Les petits côtés du rectangle sont situés, l'un, vers le bas, à environ 1 cm. du col, et l'autre, vers le haut, à environ 1 cm. du méat. Le grand côté du rectangle est très largement reporté sur le côté, de façon que soit seulement réservée une tranche latérale de muqueuse de 2 cm. environ. L'avivement terminé a donc environ 4 à 5 cm. en largeur, et, en hauteur, presque toute la hauteur de la muqueuse extériorisée.

Telle est la méthode de COTTE et CREYSSSEL, celle de BROcq et NORA, celle qui a été employée dans le service de gynécologie du professeur VAYSSIÈRE. Le professeur MOCQUOT (thèse HANANIA, Paris 1928), constitue d'abord les deux conduits latéraux par une suture des bords de l'incision, qu'il a faite sur la paroi antérieure, au point de CONNEL-MAYO, pour éviter l'éversion de la muqueuse. Il dissèque ensuite la paroi vaginale postérieure, puis l'antérieure, sectionne les deux lambeaux et accole enfin la face antérieure du rectum à la face postérieure de la vessie après avoir fermé le dôme vaginal.

Presque tous les chirurgiens commencent leur intervention par la taille du lambeau antérieur. Il semble plus pratique de commencer par le lambeau postérieur. En effet, une fois que son avivement est terminé et que l'on a pratiqué l'hémostase des grands vaisseaux, on rabat l'utérus vers le bas, en interposant une grande compresse. Cette façon d'agir présente deux avantages : aucun suintement ne vient gêner l'opérateur pendant la taille du deuxième lambeau, et la compression légère exercée automatiquement achève de faire l'hémostase de la première surface avivée.

2° Accolement.

Un premier plan de sutures unit les deux tranches les plus voisines du col ; puis au-dessus de ce premier plan, on en fait 1, 2, 3, 4, ou davantage, avec une hémostase soignée, suivant le cas, jusqu'à unir les deux tranches les plus voisines du méat. Il est préférable d'employer pour ces sutures des *surjets* de catgut qui assurent mieux l'hémostase que les points séparés, et il est indispensable de ne commencer l'accolement qu'après avoir soigneusement repéré les quatre angles des deux rectangles avivés, faute de quoi, on s'expose, après deux ou trois plans successifs, à se trouver en face de dyssymétries extrêmement gênantes.

La *périnéorraphie* complémentaire est considérée comme un temps obligatoire par certains chirurgiens. Il est possible de la considérer, dans certains cas, comme un adjuvant intéressant. Mais, contrairement à l'opinion de LEJARS, reprise par BROcq et NORA, et soutenue par de nombreux chirurgiens, cette périnéorraphie est loin d'être indispensable. Il semble qu'on doive s'en abstenir chez toute femme pour qui le cloisonnement paraît pouvoir suffire ; et chez les femmes très âgées, pour qui une intervention même anatomiquement imparfaite suffit à donner un soulagement suffisant. De plus, « chez elles, le plancher est totalement aplasié et toute tentative de réparation serait vouée à l'insuccès » (SABADINI).

Il est utile, semble-t-il, de terminer l'intervention par la mise en place d'une mèche goménolée, dans chacune des gouttières latérales, et d'une sonde vésicale laissée à demeure quelques jours. Il semble plus logique, aussi, de faciliter l'exonération intestinale, de façon à éviter les efforts de défécation qui ne manquent pas de se produire après constipation prolongée, et qui peuvent avoir un fâcheux effet sur les sutures.

Les mèches sont changées tous les jours, du deuxième au sixième jour. Puis on se contentera de lavages quotidiens de la région. La cicatrisation est complète en une douzaine de jours. On enlève la sonde vésicale à ce moment.

D. - SUITES OPÉRATOIRES.

Les résultats immédiats sont excellents ; DIEULAFÉ (Soc. Obs. et Gyn. de Toulouse, mars 1929), présentait l'observation d'une de ses malades opérée d'un prolapsus particulièrement accentué (l'utérus flottait entre les cuisses) et dont le résultat se maintenait excellent après quatre mois. A la même séance, pour bien montrer les effets de l'intervention, BAILLAT annonçait que sa dernière opérée venait d'acheter une bicyclette.

III

ETUDE CRITIQUE DE CE PROCEDE

L'opération ainsi conçue est supérieure à toutes celles que l'on a voulu lui opposer.

« C'est une opération bénigne et efficace », disent les rapporteurs, au Congrès de 1923.

Cette bénignité s'explique d'ailleurs parfaitement, si l'on veut bien considérer qu'il s'agit d'une intervention très simple, peu traumatisante, portant uniquement sur des muqueuses n'entraînant pas d'hémorragie importante, et ne nécessitant qu'une anesthésie minima.

L'opération est donc bénigne.

Cependant, quelques incidents peuvent en troubler les suites immédiates.

On a signalé des désunions post-opératoires ; le fait est rare et ne semble pas devoir être mis sur le compte de la méthode. Nous rapportons l'observation d'une malade chez qui est survenue cette complication (Observ. n° 1), mais une telle éventualité paraît assez peu commune.

L'étude des statistiques ne nous permet pas de déterminer quel est l'avenir de ces opérées. Le genre de maladies auxquelles s'adresse l'intervention, rend difficiles les investigations faites de longues années après. Il semble bien cependant, que celles qui ont été revues, continuent à tirer très longtemps bénéfice de l'intervention. La statistique de LEJARS portant sur dix ans (1914-1924) et publiée par Brocq à la Société de Chirurgie (1925)

comporte un certain nombre de malades revues plusieurs années après.

Dans l'ensemble, on peut dire que les résultats éloignés sont bons.

Le cloisonnement du vagin est donc bien une opération facile et efficace. Est-ce la meilleure intervention à opposer au prolapsus des femmes âgées ?

Il est bien évident qu'il ne faut lui comparer que des interventions qui lui soient comparables, et par leur principe, et par les résultats qu'on peut en attendre.

Il ne faut donc établir aucune comparaison entre le cloisonnement et les interventions abdominales. Parmi les multiples interventions, par voie basse qui ont été proposées, il semble que l'on peut éliminer celles qui obligent à une technique d'une complication hors de propos, ou dont le principe n'est pas trop différent de celui du cloisonnement. Comme l'opération de WATKINS, WERTHEIMS, SCHAUTA « marteau pilon pour écraser une mouche » (J.-L. FAURE).

RESULTATS GENERAUX

Ils sont basés sur la statistique du Service de Gynécologie de notre maître, le Professeur VAYSSIÈRE, et sur les statistiques générales.

OBSERVATION N° 1

Vi... C..., 54 ans, ménagère. - Prolapsus total remontant à plus de 10 ans. Phénomènes douloureux assez marqués pour entraver son activité. N'a jamais eu d'enfant ; une seule grossesse à l'âge de 22 ans. S'est terminée par l'expulsion à 8 mois d'un enfant mort aussitôt. Les suites de couches paraissent avoir été normales.

La gêne occasionnée par cette infirmité est telle que la malade reste le plus souvent au lit.

Elle subit une première intervention en octobre 1930 : hystéropexie, par le Professeur VAYSSIÈRE. Récidive 8 mois après.

Maintenant, son état général est assez fortement touché. Elle vomit fréquemment, surtout le matin. Douleur à la miction, avec urines troubles, contenant un peu d'albumine. Un examen clinique et radiologique du tube digestif ne montre aucune lésion organique.

Azotémie : 0,42.

Le 27 janvier 1932, opération de Le Fort, par le Professeur VAYSSIÈRE. Anesthésie locale.

Très rapidement, du fait des poussées que subit la plaie opératoire par les efforts de vomissement que fait la malade, les sutures se désunissent, et le résultat est pratiquement nul.

Le 3 mars suivant, hystéropexie abdominale, sans incident, qui donne des résultats immédiats satisfaisants.

OBSERVATION N° 2

Klad... A..., 49 ans, grecque, entre le 9 janvier 1931, salle Garnier, avec un prolapsus total ; utérus complètement extériorisé, douleurs pelviennes et lombaires ; dysurie. Réglée à 14 ans, normalement jusqu'en 1927 ; à ce moment apparition de ménorragies ; celles-ci durent jusqu'à la ménopause qui s'établit en 1929, sans incident.

En octobre 1930 surviennent quelques pertes de sang dont on trouve facilement l'origine dans une ulcération cervicale.

Le prolapsus remonte, aux dires de la malade, à 28 ans auparavant et serait apparu à l'occasion d'une grossesse.

Depuis, six autres grossesses se sont succédées, sans que jamais aucun traitement n'ait été fait.

La paroi abdominale de cette femme est flasque, fortement déficiente, et son état général peu brillant.

Mise au courant des conséquences d'un cloisonnement, elle accepte, préférant, avec sa mentalité un peu spéciale, une intervention vaginale à une laparotomie.

Le 21 janvier, cloisonnement par le Professeur CHOSSON.

Anesthésie générale (Ether).

Mèches goménolées dans chacun des canaux latéraux ; sonde de Pezzer dans la vessie. Suites excellentes. La malade quitte le Service soulagée et satisfaite, le 13 février suivant.

OBSERVATION N° 3

Val..., 53 ans, entre le 23 juin 1939 salle Garnier, pour prolapsus utérin complet.

Rien de spécial à signaler dans les antécédents personnels ou collatéraux. Deux grossesses normales. Premières règles à 12 ans, normales. Ménopause à 43 ans, en 1929.

Depuis, pertes rouges spontanées capricieuses.

En 1927, curetage par le Professeur VAYSSIÈRE.

En 1931, périnéorraphie, à Paris.

Le 1^{er} juillet, cloisonnement par le Professeur CHOSSON.

Anesthésie épidurale.

Le décollement est rendu difficile par l'absence de déplissement du cul-de-sac postérieur (conséquence de la périnéorraphie ancienne). Sutures étagées en 3 plans.

Suites excellentes.

La malade quitte le Service guérie.

OBSERVATION N° 4

Zac..., italienne, 74 ans, entre le 6 janvier 1937 salle Garnier, pour prolapsus génital.

Le début remonte à une dizaine d'années. Elle se plaint de douleurs légères dans l'abdomen, une sensation de pesanteur sur le périnée.

Pas de constipation.

Pendant quelques temps, ses mictions ont été difficiles, dit-elle ; maintenant elles sont redevenues normales.

Leucorrhée peu abondante.

Ménopause normale.

13 enfants, dont 7 vivants. Les accouchements ont toujours été très faciles.

L'examen montre, après effort, un col prolabé à la vulve. Au spéculum, on voit sur le col une ulcération d'environ 1 centimètre, très superficielle, saignante.

Cystocèle et rectocèle.

Le docteur DONNET l'opère le 1^{er} janvier 1937.

Anesthésie épidurale très bonne.

Technique effectuée sans incident.

OBSERVATION N° 5

Bro... A., 68 ans, entre le 31 mai 1937, salle Garnier.

Elle présente un prolapsus utérin depuis un an environ, prolapsus qui s'est accentué ces derniers 15 jours.

Elle se plaint de tiraillements dans l'abdomen, de douleurs lombaires.

Une leucorrhée jaunâtre, assez abondante, glaireuse, légèrement fétide, détermine de l'érythème sur la face interne des cuisses.

Elle présente quelques hémorragies légères en petites taches rouges. Pas de constipation. Miction normale.

Ménopause à 53 ans

Deux enfants en bonne santé. Accouchements normaux.

Un avortement de deux mois, provoqué.

Le docteur DONNET l'opère le 14 juin.

Anesthésie épidurale.

Intervention typique. Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION N° 6

Strag... M..., 54 ans, entre le 26 avril 1938, salle Garnier, pour prolapsus utérin.

Ce prolapsus existe depuis 20 ans, mais il était assez bien maintenu par un pessaire. Depuis un an environ, ce moyen de réduction est devenu nettement insuffisant.

N'a jamais présenté de troubles vésicaux ou rectaux.

7 enfants, 5 vivants.

Ménopause à 50 ans.

A l'examen, le col n'est pas visible, mais il est perceptible au toucher dès l'entrée du vagin. Les culs-de-sac vaginaux sont entièrement effacés.

L'intervention est retardée par une glycosurie importante : 4,6/000 le 17 mai ; glycémie : 0,95 ; azotémie : 0,43.

Le docteur DONNET l'opère le 3 juin : anesthésie *épidurale*.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION N° 7

Lam..., épouse Gui..., entre le 9 mai 1938 salle Garnier, pour prolapsus utérin.

Le docteur DONNET l'opère le 25 mai.

Température subfébrile le deuxième jour (38°). Ses urines deviennent sales, chargées, teintées de sang. Pas de frissons.

Le 16 juin, la température est redevenue normale.

La malade sort le 30 juin.

OBSERVATION N° 8

Mo... V., 58 ans, entre salle Garnier en février 1937.

Ménopause en 1932, avec métrorragies. A ce moment-là on constate un petit polype intra-utérin que l'on enlève.

Trois enfants en bonne santé. La naissance du dernier entraîne une déchirure périnéale.

Le prolapsus s'accroît avec l'âge, bientôt suivi de cystocèle et de rectocèle prononcés.

Pas de lésion cervicale.

Utérus en rétrodéviation n° 2.

Le 11 février 1937, le docteur DONNET lui fait une opération de Le Fort typique.

Anesthésie épidurale.

Suites sans incidents.

OBSERVATION N° 9

D... J., 54 ans, entre salle Garnier en septembre 1934.

Elle a été vue un mois auparavant à la consultation. Son prolapsus est très important. L'utérus est presque à la vulve, avec une grosse métrite cervicale.

Ayant en vue une intervention ultérieure, on lui fait à ce moment-là une électrocoagulation.

Le 11 septembre 1934, la cicatrisation cervicale est complète.

Le docteur DONNET l'opère.

Anesthésie épidurale.

Bonnes suites.

OBSERVATION N° 10

M... A. entre salle Garnier en janvier 1939.

Ménopause depuis 10 ans.

Un accouchement terminé par forceps avec déchirure périnéale.

Actuellement, cystocèle très marqué avec quelques troubles urinaires.

Le docteur DONNET l'opère le 5 mars 1939.

Anesthésie épidurale.

On amène facilement le col à la vulve ; opération de Le Fort classique. Suites sans incidents.

STATISTIQUE GENERALE

1881. - FAUNY BERTIN. — 3 interventions, 3 succès.
DUBOIS. — 9 interventions, 7 succès immédiats, 1 succès après intervention itérative.
1886. - LANNELONGUE. — 1 intervention, 1 guérison.
1888. - COURTIN. — 1 opération, 1 guérison.
1889. - ANDRÉ. — 40 opérations, 5 insuccès pour fautes évitables.
1891. - DUBREUIL. — 1 intervention, 1 succès.
1894. - DUBOURG. — 3 interventions, 1 succès.
1906. - MANGIN. — 17 cas, 17 durables.
1909. - CHAVANAZ. — Environ 10 succès sur 10 interventions.
1919. - WYATT. — 8 opérées, 6 revues, résultats bons après 5 à 11 ans.
1920. - KRULL. — 36 interventions, 34 succès, 10 revues restées guéries.
1922. - COTTE. — 12 cas, 12 guérisons.
1923. - COMBIER MURARD. — 12 opérées, 8 revues guéries, dont 2 après 10 ans.
GERNEZ. — 2 cas, 2 succès.
COTTE. — 6 cas nouveaux, 6 succès.
DAMBRIN. — 2 cas, 2 succès.
CHAVANAZ. — 12 cas, 5 revues guéries.
- Congrès 1923. - MAYER (Bruxelles). — 3 cas, 3 succès.
LÉO. — 8 cas, 8 succès.
VAUVERT (Lille). — 12 cas, 10 succès.
LECLERC (Dijon). — 12 cas, 12 succès.
RASTOUIL (La Rochelle). — 10 cas, 10 succès.
GOUILLOND. — 2 cas, 2 succès.
POTTERAT. — 8 cas, 8 succès.
POTOIN (Bruxelles). — 3 cas, 3 succès.

1925. - DOUAY. — 12 cas, 12 succès.
DUJARIER et LARGET. — 15 cas, 15 succès.
BROCQ et NORA. — 15 cas, 15 succès.
1929. - CROUSSE. — 26 cas, 26 succès.
1935. - BROCQ, M^{lle} DUPEUX. — 14 cas, 1 échec (technique incomplète).
1936. - VERGEZ et CHOUSSAT. — 4 cas, 4 succès.

Ainsi donc, de 1881 à 1940, nous avons pu relever dans les annales médicales 329 opérations avec des méthodes forcément différentes. 303 malades ont été revues entre 5 et 11 ans après l'intervention. Leur état était entièrement satisfaisant.

Ces excellents résultats montrent bien que l'opération de LE FORT élargie est une méthode simple, facile, non dangereuse, mettant à l'abri des récidives, qu'elle mérite donc bien d'être mieux connue et appliquée chez toutes ces pauvres femmes qui, pendant de longues années abandonnées à leur triste sort, ont subi cette infirmité soi-disant incurable.

CONCLUSION

L'opération de LE FORT est, à l'heure actuelle, l'intervention qui, par sa simplicité et sa bénignité, doit être, nous semble-t-il, préférée dans le traitement du prolapsus utérin des femmes âgées. Simple dans sa technique, elle entraîne un pronostic opératoire favorable.

S'il est difficile d'apprécier la valeur des résultats éloignés, à cause de l'âge des opérées, il n'en est pas moins acquit que toutes celles que nous avons pu revoir quelques temps après, ont tiré un bénéfice certain de l'intervention.

A côté des avantages réels que nous apporte cette intervention, il faut cependant noter quelques inconvénients : tout d'abord, l'oblitération du vagin, mais nous avons à faire à des femmes âgées ; ensuite, l'abandon du col utérin que nous ne pourrions plus surveiller. Cependant, cette pratique est beaucoup moins dangereuse chez des femmes ménopausées que chez des femmes dont la vie génitale est encore active, car chez celles-ci la transformation néoplasique est plus à redouter que chez les premières.

Il nous reste à souligner la supériorité incontestable de l'anesthésie épidurale. Elle nous permet d'intervenir sur des tissus non infiltrés et d'éviter les accidents accompagnant assez souvent, chez les opérées âgées, les anesthésies générale et rachidienne.

Vu et approuvé,
Le Président du Jury :
E. VAYSSIÈRE.

Vu et approuvé,
Le Doyen :
L. CORNIL.

Vu et permis d'imprimer :
Aix, le 26 Janvier 1940
Le Recteur : E. GAU

BIBLIOGRAPHIE

- AUSTRI. — « Contribution à l'étude des prolapsus génitaux et du cloisonnement du vagin en particulier » (*Thèse de Bordeaux*, 1923).
- BEGONNIER et SAVARIAUD. — « L'opération de Le Fort » (Congrès 1923).
- BAER et REIS (Chicago). — « Les résultats immédiats et éloignés dans 212 cas de prolapsus utérins opérés » (*R. Chir.* 1929, n° 1, p. 601).
- BIVAS. — « Le cloisonnement vaginal de Le Fort » (*Thèse de Toulouse*, 1931, 32).
- BONNAL. — « Du traitement du prolapsus utérin chez les femmes âgées » (*C. M. des B.-du-Rh.*, 19 novembre 1926).
- BOTTATO. — « Traitement du prolapsus génital total » (*G. M. C.*, n° 6, mars 1935).
- BROCQ et DUPEUX. — « Nouvelle statistique d'opération de Le Fort ; résultats de 14 cas de cloisonnement large du vagin pour prolapsus génital complet chez les femmes âgées » (*Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, février 1935, in *R. Fr. de Gyn.*, n° 4, avril 1935).
- BROCQ et NORA. — « Le traitement du prolapsus utéro-vaginal chez les femmes âgées par l'opération de Le Fort élargie » (*Gyn. et Obs.*, n° 5, mai 1925).
- BROCQ et NORA. — « Opération de Le Fort » (*La Médecine*, avril 1925).
- BROCQ et NORA. — « L'opération de choix dans le traitement du prolapsus utéro-vaginal complet chez les femmes âgées » (*R. de Méd. et de Chir. Pratique*, 10 octobre 1927).
- J. CHOSSON. — « Le cloisonnement élargi du vagin, opération dite de Le Fort, dans le traitement du prolapsus complet des femmes âgées » (*Marseille Médical*, n° 5, 15 février 1933).
- J. CHOSSON et DONNET. — « L'anesthésie épidurale en gynécologie » (4 juillet 1938) (*Société de Chirurgie de Marseille*).

- CONSELLER et STACY. — « Résultat des différentes opérations pour prolapsus utéro-vaginal » (*An. Id.*, p. 795).
- CONSTANTINI. — « Prolapsus génital, colpectomie subtotale avec amputation du col » (*Soc. d'Obs. et de Gyn.*, Alger, 11 déc. 1927).
- COTTE et CHEYSSSEL. — « Traitement du prolapsus génital des vieilles femmes par le cloisonnement du vagin » (*J. de Chi.*, n° 20, p. 145 à 155, août 1922).
- COULOMB. — « Une indication de l'hystéropexie, traitement des ulcérations rebelles des prolapsus génitaux du troisième degré » (*Thèse de Marseille*, 1934, 35).
- CROUSSE. — « Le traitement du prolapsus génital total des femmes âgées par le cloisonnement du vagin » (*Soc. Belge de Gyn. et Obs.*, 3 nov. 1928).
- CROUSSE. — « Le traitement du prolapsus génital des femmes âgées par le cloisonnement élargi du vagin » (*Bruxelles Médical*, n° 14, 3 février 1929, p. 393).
- CROUSSE. — « Traitement du prolapsus génital des femmes âgées par le cloisonnement élargi du vagin. Opération de LE FORT modifiée. Résultat de 26 interventions et techniques » (*An. Inst. Chir. de Bruxelles*, n° 30, p. 61 à 74, 15 avril 1929).
- DELBET. — « Les prolapsus génitaux » (*Journ. du Praticien*, n° 4, p. 51, 25 janvier 1930).
- DELBET. — « Les prolapsus génitaux : quelques considérations anatomiques » (*J. des Praticiens*, 8-10-1932).
- DELETREZ. — « Traitement du prolapsus utéro-vaginal total » (*Ac. Roy. de Méd. de Belgique*, 28 avril 1928).
- DEMARET. — Rapport de SAVARIAUD (*Soc. de Chir. de Paris*, 1926, p. 662).
- DIEULAFÉ. — « Prolapsus génital total chez une femme très âgée traitée par l'opération de LE FORT » (*Bull. de la Soc. d'Obs. et Gyn.*, n° 18, p. 674, nov. 1929).
- DOUAY. — « Prolapsus génital » (*L'Hôpital*, n° 327, janvier 1933).
- DUJARIS et LARGET. — « Technique opératoire de la colpectomie totale complète des femmes âgées » (*J. de Chir.*, 1925, T. 25, p. 283).
- FAYOT. — « Considérations étiologiques sur le prolapsus total » (*Rev. de vulgarisation clinique et thérapeutique des sciences médicales*, oct. 1933).
- FAYOT. — « Traitement chirurgical des prolapsus génitaux » (*Thèse*, Paris, 1932).

- GASTON. — « Prolapsus génital chez les femmes âgées » (*Thèse*, Paris, 1923-1924).
- GRONZELLE et BOURNONVILLE. — « Opération de LE FORT pour prolapsus total chez la vieille femme » (*Rev. médico-chir. des Hôpitaux de Lille*, 17 décembre 1928). 53 ans. 11 enfants. Marche impossible.
- GUILLEMIN. — « Cloisonnement transversal du vagin » (*Soc. de Chir.*, 21 nov. 1928).
- HARTMANN. — « Du prolapsus génital » (*J. de Gyn. et Obs.*, Paris, 1920).
- HANANIA. — « Contribution à l'application du cloisonnement élargi du vagin à tous les degrés du prolapsus génital » (*Thèse*, Paris, 1938).
- HERTZ. — « Cloisonnement transversal du vagin » (*Soc. Chir.*, 16 mai 1928).
- HEIDLER (Vienne). — « Le traitement chirurgical du prolapsus génital » (*J. de Chir.*, 1931, p. 620).
- JACOB. — « Contribution à l'étude du traitement du prolapsus génital des femmes âgées par la colpectomie totale conservatrice de l'utérus » (*Thèse Paris*, 1939).
- HUSSI (Aaran). — « Le traitement du prolapsus génital de la femme âgée » (*An. Chir.*, 1930, n° 7, p. 682).
- JAGOT. — « La colpectomie totale simple dans le traitement des prolapsus génitaux » (*Thèse de Paris*, 1929).
- LABHART. — « Colpo-périnéocleisis subtotalis » (*Soc. franç. gyn. et obs.*, n° , janvier 1933).
- LABHART. — « Colpo-périnéocleisis subtotalis pour le prolapsus des vieilles femmes » (*Premier Congrès français de Gynécologie, Paris*, 3-5 octobre 1932 - *Presse Médicale*, n° 9, 12 nov. 1933).
- LARDENNOIS. — « A propos de traitement chir. du prolapsus génital chez les femmes âgées » (*U. Médical du Nord*, sept. 1924, n° 9).
- LICTIONE. — « Le prolapsus total des femmes âgées » (*The American journal of surgeon, New-York*, vol. 30, n° 2. août 1935).
- LONGE. — « Contribution à l'étude de l'opération de LE FORT dans le traitement des prolapsus génitaux » (*Thèse Bordeaux*, 1929).
- MANGIN. — « Résultat de 17 cas. 17 succès durables » (*Congrès d'Alger*, 1906).
- MAYER. — « Résultats éloignés des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux » (*Paris, Congrès français de Chir.*, 1929).

- MOCQUOT. — « Prolapsus génital » (*Pratique médico-chirurgicale, Paris 1931, 3^e édit., VII*).
- NORA. — « Prolapsus génital total chez les femmes âgées » (*Thèse Paris, 1924*).
- PAPIN. — « Prolapsus génitaux » (*J. de Méd. Bordeaux, n° 34, 30 décembre 1934*).
- PASCALIS. — « Traitement chirurgical du prolapsus utéro-vaginal des vieilles femmes » (*Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Paris, 26 octobre 1935*).
- PETIT-DUTAILLIS. — « Modification au procédé de cloisonnement de LE FORT (*Gyn., 30, p. 152-159, mars 1931*).
- RAPP. — « Résultat de 40 cas avec 35 succès. 5 insuccès dûs à des fautes évitables. Aucune mort » (1885).
- RAYMOND. — « Traitement du prolapsus utérin des femmes âgées » (*Gazette Médicale limousine, n° 2, février 1928*).
- REVEL. — « Le cloisonnement vaginal dans le prolapsus génital chez les femmes âgées » (*Echo Médical des Cévennes, n° 9, nov. 1932*).
- ROBINS. — « Traitement du prolapsus utérin chez les femmes âgées » (*Virginia Medical, avril 1938*).
- ROUHIER. — « Traitement chirurgical des prolapsus utéro-vaginaux » (*Semaine des Hôpitaux de Paris, oct. 1931*).
- ROZENSPER. — « Contribution à l'étude du traitement du prolapsus génital des femmes âgées par le cloisonnement vaginal, opération de LE FORT élargie » (*Thèse Montpellier, 1933*).
- SABADINI. — « La méthode de choix dans le traitement chirurgical du prolapsus vagino-utérin total des femmes âgées » (*Alger Médical, février 1933*).
- SABADINI. — « Traitement opératoire du prolapsus génital total des femmes âgées par le cloisonnement du vagin, procédé de LE FORT (*Thèse Paris, 1923*).
- SEJOUNET. — « Prolapsus génitaux. Indication » (*Courrier Méd., n° 43, décembre 1934*).
- VERGER et CHOUSAT. — « 4 cas de prolapsus génitaux simples complets chez des femmes âgées traitées par l'opération de LE FORT (*Soc. d'Obs. et Gyn. d'Alger, séance du 14-12-35. In Algérie Méd., n° 105, septembre 1936*).
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
I. — <i>Historique</i>	15
II. — <i>Le cloisonnement élargi du vagin</i>	18
a) Préparation à l'intervention	18
b) L'Anesthésie	19
c) L'intervention	20
1° L'avivement	21
2° L'accolement	23
d) Suites opératoires	24
III. — <i>Etude critique de ce procédé</i>	25
IV. — <i>Résultats généraux</i>	27
Observations	27
V. — <i>Statistique générale</i>	32
VI. — <i>Conclusion</i>	34
VII. — <i>Bibliographie</i>	35

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



